UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947-1948 — N° 140

INFLUENCE DES ÉMOTIONS ET DES TROUBLES MENSTRUELS SUR L'ÉVOLUTION DE CERTAINES POUSSÉES DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

(à propos de 14 Observations personnelles)

Travail de la consultation de gastro-entérologie (Professeur Agrégé J. DUBARRY)
de la Clinique Médicale de Monsieur le Professeur R. DUPÉRIÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1948

PAR

Andrée BEYTOUT

Ancienne Externe des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de Médecine Coloniale
née à Carresse (Basses-Pyrénées) le 9 Octobre 1922

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur, *Président*
CREYX, professeur
DUBARRY, agrégé
BERGOUIGNAN, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1948

BEYTOUT (Andrée)

Influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines poussées de recto-colite hémorragique (à propos des 14 observations personnelles). Travail de la consultation de gastro-entérologie (Professeur agrégé J. Dubarry) de la Clinique médicale de Monsieur le Professeur R. Dupérié. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1948. In-8°, 59 p.
(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 140.*)

BEYTOUT (Andrée)

Influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines poussées de recto-colite hémorragique (à propos des 14 observations personnelles). Travail de la consultation de gastro-entérologie (Professeur agrégé J. Dubarry) de la Clinique médicale de Monsieur le Professeur R. Dupérié. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1948. In-8°, 59 p.
(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 140.*)

BEYTOUT (Andrée)

Influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines poussées de recto-colite hémorragique (à propos des 14 observations personnelles). Travail de la consultation de gastro-entérologie (Professeur agrégé J. Dubarry) de la Clinique médicale de Monsieur le Professeur R. Dupérié. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1948. In-8°, 59 p.
(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 140.*)

BEYTOUT (Andrée)

Influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines poussées de recto-colite hémorragique (à propos des 14 observations personnelles). Travail de la consultation de gastro-entérologie (Professeur agrégé J. Dubarry) de la Clinique médicale de Monsieur le Professeur R. Dupérié. — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1948. In-8°, 59 p.
(*Thèse Médec. Bordeaux. 1947-1948. N° 140.*)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0063

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947-1948 — N° 140

INFLUENCE DES ÉMOTIONS ET DES TROUBLES MENSTRUELS SUR L'ÉVOLUTION DE CERTAINES POUSSÉES DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

(à propos de 14 Observations personnelles)

Travail de la consultation de gastro-entérologie (Professeur Agrégé J. DUBARRY)
de la Clinique Médicale de Monsieur le Professeur R. DUPÉRIÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1948

PAR

Andrée BEYTOUT

Ancienne Externe des hôpitaux de Bordeaux
Diplômée de Médecine Coloniale
née à Carresse (Basses-Pyrénées) le 9 Octobre 1922

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPÉRIÉ, professeur, *Président*
CREYX, professeur
DUBARRY, agrégé
BERGOUIGNAN, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ

ASSESSEUR : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, LANDE, DUVERGER, CARLES, LEURET, PERY, LABAT.

PROFESSEURS :

MM.	
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale et Gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.

MM.	
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. infantile et orthopedie	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires.	DARGET.
Clinique des malad. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE : PERRENS (Maladies mentales). - DUFOUR (Anatomie)
GIRARD (Professeur à titre personnel) - MESNARD (Pharmacie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	
Anatomie	N.
Physiologie	N.
Médecine Générale	BROUSTET.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC
id	BERGOUIGNAN
Chirurgie Générale	MASSÉ.
id.	MAGENDIE.
id.	POUYANNE.
id.	LAUMONIER
id.	CHAVANNAZ.

MM.	
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Physique médicale	N...
Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie.	N...
Histoire natur. médicale et parasitologie	N.
Pediatrie et Puériculture	VERGER.
Médecine légale et Médecine du travail	L'EPÉE.
Electroradiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
Histologie	MAYER

MAITRE DE CONFÉRENCES : BLANQUET (Physique pharmaceutique)

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	N...
Puériculture	PÉRY.
Urologie	
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	N...

MM.	
Botanique	GIRARD.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	NEUZIL
Parasitologie et biologie appliquée	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER

Le Secrétaire de la Faculté : **ROUGERIE.**

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MARI

A TOUS LES MIENS

A LA FAMILLE FOUSSATS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
M. BERGOUIGNAN
Médecin des Hôpitaux
Croix de Guerre

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

J.-J. DUBARRY

MEMBRE CORRESPONDANT
DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

inspirateur de ce travail,
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive gratitude et de nos remerciements.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En témoignage de reconnaissance pour l'enseignement si vivant et les conseils paternels qu'il nous a prodigués.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DUPÉRIÉ

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse;

Avec toute notre respectueuse reconnaissance.

INFLUENCE DES ÉMOTIONS ET DES TROUBLES MENSTRUELS SUR L'ÉVOLUTION DE CERTAINES POUSSÉES DE RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

INTRODUCTION

Suivant la consultation de gastro-entérologie de M. le Professeur agrégé J. Dubarry, nous avons vivement été intéressée par un cas de recto-colite hémorragique. Notre attention a été éveillée tant par sa rareté dans les milieux hospitaliers que par les mystères de son étiologie et les horizons pathogéniques qu'elle nous fait entrevoir. Aussi lorsque notre Maître a bien voulu nous confier ses observations personnelles et l'appui de sa compétence pour étudier cette maladie à la lumière des conceptions les plus récentes, y avons-nous trouvé un intérêt, qu'un travail plus approfondi n'a fait que renouveler.

Le Professeur agrégé J. Dubarry a été frappé par la coïncidence de cette maladie avec des troubles menstruels et des facteurs émotionnels. C'est donc l'étude de ces deux points particuliers et de leur influence sur l'évolution de certaines poussées de recto-colite hémorragique qui fera l'objet de notre exposé, notre but étant simplement d'apporter cette contribution de détail à la conception moderne, encore controversée, de la recto-colite hémorragique, et d'en tirer des conséquences thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

Avant d'entreprendre l'étude de nos observations et des problèmes pathogéniques posés par la recto-colite hémorragique, il est indispensable de situer et de délimiter le cadre clinique de cette maladie.

Nous savons, en effet, que depuis la fin du XIX[e] siècle, à la suite des travaux de Wilks, Hale White, Mayo Robson, Labey, Lockkart Mummery, on considérait qu'il existait des états dysentériques qu'une anamnèse si fouillée soit-elle, un examen clinique approfondi, des recherches biologiques précises, ne pouvaient rattacher à aucune étiologie connue.

Le terme de recto-colite cryptogénétique était donc un terme d'attente groupant les cas qu'on ne pouvait rattacher aux recto-colites bien définies quant à leurs causes: dysenteries bacillaires, dysenterie amibienne, etc.

C'est alors que Mathieu, Surmont, Lardennois, et surtout R. Bensaude et ses élèves, distinguent dans ce groupe non homogène, la recto-colite hémorragique, maladie autonome, caractérisée par son évolution clinique, ses données endoscopiques, et ses lésions histologiques.

La définition de l'école de Bensaude est exprimée par Rachet en ces termes: « Maladie de long cours atteignant

le colon en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, évoluant par poussées successives suivies de rémissions, engendrant au moment de ces poussées un syndrome muco-hémorragique » et, point sur lequel nous reviendrons : « Cette affection dont les causes sont encore inconnues, est l'expression clinique d'une maladie diathésique dans laquelle les réactions vasculaires jouent le rôle essentiel ».

Pour Hillemand, le terme de recto-colite hémorragique a un sens plus général et, dans ce qu'elle englobe, peut-être sommes-nous à la veille de découvrir d'autres entités morbides.

De toutes façons, qu'évoque en nous la recto-colite hémorragique ou plutôt quels sont les signes qui permettent de porter ce diagnostic ?

C'est une maladie évoluant par poussées qui se reproduisent fréquemment avec une certaine périodicité : annuelles, bisannuelles, survenant plutôt au printemps et en automne, alternant avec des intervalles de guérison apparente et de reprise de l'état général.

Les crises se manifestent sous la forme d'un syndrome dysentérique quelquefois complet, le plus souvent fruste, toujours hémorragique : ténesme, épreintes, nombreuses selles (2 à 3, 20 à 30), tantôt purement hémorragiques, tantôt fécales sous forme de diarrhée, de selles moulées enrobées de glaires muco-sanguinolentes, tantôt sous forme de crachats rectaux pyo-sanglants.

Par ailleurs, l'examen clinique du malade est négatif ; peut-être trouvons-nous un colon spasmé ou un retentissement plus ou moins important sur l'état général : fièvre, tachycardie, anémie.

Les recherches coprologiques ne révèlent rien d'anormal, tout au plus la présence de parasites, incapables à eux seuls de créer les lésions pathognomoniques de la recto-colite hémorragique que va nous révéler la recto-sigmoïdo-scopie.

Cet examen nous montre l'aspect caractéristique de la maladie : aspect homogène recto-sigmoïdien avec congestion de la muqueuse, piqueté hémorragique, suintement sanglant, — « la muqueuse pleure du sang » — présence de micro-ulcérations ressemblant à des érosions traumatiques sur une muqueuse fragilisée. Tel est l'aspect fondamental, primitif, susceptible d'être modifié par l'infection secondaire.

Tout le mérite de l'étude biopsique revient à Rachet, Delarue et Busson qui ont fait des prélèvements en série et ont saisi de la sorte les aspects anatomo-pathologiques aux différentes étapes de la maladie et sous ses formes les plus variées.

Ils ont été frappés d'emblée par la prédominance des phénomènes vasculaires (déjà notée par R. Bensaude). Ils ont mis en évidence des lésions constantes caractéristiques de la recto-colite hémorragique : congestion, œdème, érythrodiapédèse réalisant de véritables « infarctus » de la sous-muqueuse, et hypersécrétion glandulaire au niveau de la muqueuse. Ces signes, d'une netteté schématique au cours d'une poussée initiale, diminuent au déclin de la crise, persistent pendant les périodes de rémission et s'accompagnent alors d'une régénération épithéliale. Parfois, pendant une phase suppurative, une diapédèse leucocytaire domine, mais si par un traitement approprié on déterge cette muqueuse, les lésions primitives sont mises à nu et prouvent ainsi qu'un élément inflammatoire était surajouté.

Dans cet exposé analytique, nous venons de décrire la recto-colite hémorragique subaiguë, évoluant vers la chronicité, la plus fréquente. Mais à côté d'elle, nous trouvons comme formes évolutives :

— la forme suraiguë se terminant par la mort du sujet dans un état d'anémie aiguë ou dans un syndrome cholériforme.

— la forme aiguë évoluant vers la mort au bout de deux ou trois semaines.

Ce sont les formes typiques dans lesquelles nous pouvons faire entrer toutes les variétés symptomatiques.

A côté d'elles, il existe des formes atypiques : formes compliquées avec atteinte de l'état général ou de l'état local (extension en surface ou en profondeur), formes suppurées de l'enfant particulièrement graves.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

obligeamment confiées par ***M. le Professeur*** *agrégé*

J. DUBARRY

OBSERVATION n° 1

Résumé clinique	Evolution	Traitement
M^lle Cast..., 25 ans. 9-6-47.		
Depuis sept ans, crises dysentériques devenant plus fréquentes, plus longues. Troubles continus depuis novembre : glaires et sang pur.	. . . . .	Acétate de testostérone. Sulfaguanidine. Vitamine A. Pansements rectaux.
Règles très irrégulières ; aménorrhées de 2 à 7 mois. Mastodynie prémenstruelle. N'a plus de règles depuis noveumbre 46.	12-11-47. Règles régulières mais peu abondantes. Mastodynie. Selles normales au bout d'une semaine. Reprise de la R.C.H. après cessation du traitement.	Lutéine. Vert malachite.
Examen des selles : lamblia (déjà traitée par Quinacrine). Rectoscopie : R.C.H. typique avec glaires, muqueuse chagrinée ; quelques exulcérations traumatiques.	Rectoscopie, aspect typique de R.C.H., présence d'oxyures. 25-5-48 : Mastodynie a disparu. Règles normales. Depuis arrêt du traitement, règles moins abondantes; vertiges, ballonnement, selles pâteuses, puis syndrome dysentérique avec glaires sanguinolentes. Rectoscopie : muqueuse congestive peu fragile.	Même traitement local. Lutéine. Même traitement local.

OBSERVATION n° 2 (V. *Thèse Guzy*)

RÉSUMÉ CLINIQUE	EVOLUTION	TRAITEMENT
M^me^ C..., 35 ans, 31-10-40.		
Depuis 5 ans crises dysentériques avec sang, durant 5 à 6 jours. Grossesse en 1932 très pénible ; deux jumeaux mort-nés, phlébite post-partum. En 1935, myomectomie de deux fibromes pédiculés et nécrotiques, puis hystérectomie avec greffe ovarienne. A tous les ans depuis trois ans en été une plaque prurigineuse au cou. Caractère vif, frilosité, insomnie. Murphy ++, corde sigmoïdienne. Rectoscopie : 9 cm. rectite congestive avec glaires, examen douloureux.	..... 5-12-40 : N'a plus de sang dans les selles, mais demeure fatiguée. 6-2-41 : Corde colique gauche et sigmoïdienne. Rectoscopie : rectum normal ; entrée dans le sigmoïde douloureuse ; congestion et glaires. 10-5-41 : Quelques poussées diarrhéiques, une crise pseudo-angineuse, fatigue, spasme colique. 16-1-42 : Nette amélioration. Léger spasme colique. Rectoscopie négative. 16-7-42 : Vomissements à plusieurs reprises ; Murphy ++ ; pas de diarrhée. 25-5-43 : Reprise de diarrhée avec sang.	Pansements intestinaux. Stimulants hépatiques. Vit. A. Extraits hépatiques. Belladone. Pansements intestinaux. Œstrobol. Même traitement. On cesse l'Œstrobol. Reprise de l'Œstrobol.

OBSERVATION n° 3 (VI *de Guzy*)

RÉSUMÉ CLINIQUE	EVOLUTION	TRAITEMENT
M^me^ L..., 36 ans.		
Selles normales mais accompagnées de glaires sanguinolentes. Pas d'épreintes. Douleurs névralgiques calmées par l'émission de la selle.		Pansements intestinaux. Terpoxyl. Œstrobol.
4 grossesses dont une fausse couche. Hystérectomie avec greffe ovarienne pour kyste de l'ovaire. Début de la R. C.H. cinq jours après l'opération. Très nerveuse, irritable, très frileuse, gros appétit : amaigrissement néanmoins de 5 kilos.	16-7-42 : Terpoxyl mal supporté, bien calmée par Œstrobol. Depuis trois semaines, selles normales sans glaires. Rectoscopie : rien à signaler.	Pansements intestinaux. Vitamine A. Œstrobol.
Hypocondre gauche douloureux, légère éventration, léger cystocèle. Rectoscopie : muqueuse très rouge et congestive avec une petite ulcération à l'entrée du sigmoïde. Examen de selles : kystes d'entamœba coli.		

OBSERVATION n° 4

Résumé clinique	Evolution	Traitement
M^me^ Daug.... 32 ans. 28-3-45.		
Syndrome dysentérique aves sang et évoluant par poussées bisannuelles (printemps, automne) depuis 1937. Première grossesse en 1938, pendant et deux ans après laquelle, elle n'a pas de poussée. Eczéma des mains aux périodes menstruelles. Avait disparu aussi pendant la grossesse. Règles peu abondantes. Dort mal, est énervée, maigrit de 3 à 4 kilos par poussée qu'elle reprend pendant les rémissions. Examen négatif. Rectoscopie : muqueuse rectale vernissée. Sigmoïde : aspect typique de R. C.H. Muqueuse granuleuse, exulcérations, enduit diphtéroïde et sanguinolent. Selles : rares kystes de lamblia.		Benzoate d'œstradiol. Pansements intestinaux.
	6-11-46 : A passé un an très bien (n'a donc pas eu ses crises automnale et printanière). Le benzoate d'œstradiol a fait disparaître les règles pendant deux mois. Puis celles-ci sont revenues peu abondantes, non douloureuses. Récemment les règles sont redevenues d'abondance comparable à celles d'avant le traitement. Elles sont douloureuses. Nouvelle poussée entérorragique datant de trois semaines, actuellement bien améliorée. Rectoscopie : muqueuse granuleuse ne saignant pas au contact.	Même traitement.

OBSERVATION n° 5 (XXVIII *Thèse Perboyre*)

Résumé clinique	Evolution	Traitement
Mlle L..., 25 ans. 29-6-45.		
Depuis 1939, constipation opiniâtre avec coliques, épreintes, fausse diarrhée sanguinolente avec sybales.		Belladone. Pansements intestinaux. Acétate de testostérone.
Troubles nerveux cyclothymiques depuis la même époque rythmant les crises intestinales. Règles très irrégulières. Dans la semaine prémenstruelle, mastodynie et diarrhée vraie en bouses, muco-hémorragique.	3-11-46 : Mastodynie a disparu. Crises nerveuses et entéritiques progressivement diminuées avec encore glaires sanglantes.	
Abdomen adipeux, sensible, Mac Burney douloureux (appendicectomisée) ; cadre colique hyper-sensible ; colon droit, long et dilaté. Utérus rétrofléchi. Rectoscopie : muqueuse rectale rouge saignant au contact, sans ulcération. Anite hémorroïdaire.		

OBSERVATION n° 6

Résumé clinique	Evolution	Traitement
M^me^ Rich..., 43 ans, 6-1-47. Depuis 20 ans poussées entérorragiques par périodes de plusieurs mois. Aggravation des crises depuis 4 ans : 7 à 8 besoins par jour. Poussée actuelle durant depuis deux mois. Règles régulières, mais moins abondantes en périodes de crises intestinales. Mastodynie seulement quand elle va bien. Deux grossesses il y a 11 et 4 ans, pendant lesquelles pas de troubles intestinaux. Gros amaigrissement et aggravation à la suite de la dernière grossesse. Frilosité, très nerveuse, troubles cardiaques névrosiques, tremblements des extrémités. Murphy ++, ptose colique banale. Rectoscopie : aspect typique de R.C. H. avec muqueuse piquetée de pétéchies. Saigne au contact du tube. Glaires muco-sanguinolentes.	..... 24-4-47 : A eu deux séries d'œstradiol. N'a eu que deux petites crises de 24 heures avec quelques glaires, très constipée. Règles un peu avancées et plus abondantes, pas de mastodynie, moins nerveuse. Rectoscopie : muqueuse légèrement congestive. Cinq ou six petites lésions saignant au contact du tube. 8-10-47 : Nouvelle crise débutant le 8 septembre ; depuis diarrhée avec 15 selles par jour, glaires et sang. En septembre, règles insignifiantes. Rectoscopie : muqueuse enflammée avec petites ulcérations. 20-10-47 : Etat stationnaire, très anémiée, très amaigrie, température à 39°5, 15 épreintes très douloureuses par jour. Mise en clinique où elle meurt.	Benzoate d'œstradiol. Dibromothyrosine Pansements intestinaux. Vitamine A. Sulfaguanidine. Benzoate d'œstradiol. Extraits hépatiques Vitamine A. Sulfamides. Même traitement.

OBSERVATION n° 7

RÉSUMÉ CLINIQUE	EVOLUTION	TRAITEMENT
M^me^ Bord..., 39 ans. 17-7-47.		
Depuis 1941, constipation habituelle alternant avec crises de diarrhée, avec sang dans les selles ; quelques épreintes, mucus sanguinolent. Début juin, nouvelle poussée actuelle.		Pansements intestinaux, bismuth. Sulfaguanidine. Extraits hépatiques
Grossesse normale en 1932. Période où elle est mal réglée : avant 1941 ; bien réglée depuis le retour du mari prisonnier de guerre. Très nerveuse. Poids, 42 kilos. Rectoscopie : R.C.H. nette. (Traitée par E. DUBOURG en 1942 pour recto-colite érythématopultacée, par acétate de testostérone).	10-6-48 : Règles abondantes ; ballonnement avant les règles, mastodynie avant et après les règles. Métrite ancienne. Grosseur du sein pour laquelle une intervention a été conseillée. Amélioration par le traitement, en hiver ; retour des accidents en mars. Mange très peu, dort très peu, gros ennuis conjugaux, désir de mourir. Murphy +. Rectoscopie : aspect typique avec grosse hyper-sécrétion.	Acétate de testostérone. Acétate de désoxycorticostérone. Sédatifs. Vitamine A.

OBSERVATION n° 8 (J. DUBARRY, *Journ. Méd. Bordeaux*)

RÉSUMÉ CLINIQUE	EVOLUTION	TRAITEMENT
M^lle Fau..., 15-11-43.		
R.C.H. typique cliniquement et rectoscopiquement suivie à l'Hôpital militaire depuis le début de l'année. Rémission en avril 1943. Troisième poussée plus grave pour laquelle elle nous consulte.		Vitamine A. Pansements intestinaux. Agomensine.
Règles très irrégulières, très abondantes, très diminuées depuis les troubles intestinaux, sauf au début de chacune des rémissions. Dans la rémission précédente, règles abondantes (2, 3 jours), puis à la fin peu marquées (un jour) ; la poussée actuelle survient à la date présumée des règles suivantes.	15-2-44 : Les règles reviennent, d'abondance de plus en plus normale à mesure que guérit le syndrome rectal. Rectoscopie : quelques vibices ; par ailleurs, aspect presque normal. 30-6-44 : Va très bien, a cessé l'Agomensine. A fait le 20 avril une poussée hémorragique avec épreinte et faux besoins, déclenchée brusquement le jour de l'arrestation de son père par les Allemands et disparaissant non moins brusquement le lendemain de sa libération.	Même traitement.

OBSERVATION n° 9 (IV *thèse Guzy*)

RÉSUMÉ CLINIQUE	EVOLUTION	TRAITEMENT
M^lle Ber..., 13 ans. 29-4-41. Syndrome dysentérique ayant débuté au mois de janvier. Amélioration passagère par désinfectants intestinaux et vitamine A. Réglée normalement depuis un an jusqu'à son entrée en pension au mois d'octobre où les règles s'arrêtent. Apparition des accidents en janvier. Réapparition des règles en mars où elle sort de pension. Pour la première fois pensionnaire, elle s'ennuyait beaucoup. Perte de l'appétit, embonpoint d'apparition récente. Rien à signaler sauf eczéma de la face. Selles : kystes de lamblia et d'entamœba coli. Rectoscopie : muqueuse très congestive pleurant du sang.	8-8-41 : Après trois semaines de traitement, amélioraion intestinale ; quelques mucomembranes et un peu de sang. Règles précédées de douleurs, normales par ailleurs. Rectoscopie : aspect typique. 27-11-41 : Fatigue en octobre à la suite d'une promenade à bicyclette. Rechute grave améliorée par vitamine A et Rhodiacarbine. Dès septembre, règles peu marquées, ainsi qu'en octobre ; aménorrhée en novembre. Rectoscopie : aspect typique. 25-6-42 : Bons résultats, règles régulières, embonpoint normal, selles bien moulées. Rectoscopie : quelques toutes petites exulcérations. Muqueuse par ailleurs normale. 18-9-42 : Va très bien. Rectoscopie : muqueuse congestive. 31-12-47 : Poussée hémorragique violente après la précédente consultation. Tout s'arrange, mais après deux échecs au baccalauréat qui l'affectent beaucoup, rechute, mastodynie, insomnies. Rectoscopie : typique.	29-4-41 : Quinacrine. Vitamine A. Pansements intestinaux. Gonadorme, lutéine Vitamine A. Pansements. Hétéro - hémothérapie. Arrêt de la Gonadorme. Acétate de testostérone. Vitamine A. Pansements intestinaux.

OBSERVATION n° 10 (XXIII *Thèse Guzy*)

Résumé clinique	Evolution	Traitement
M^me^ Br..., 26 ans. 11-12-41.		
Il y a trois ans, coliques abdominales fébriles : filets de sang et glaires un mois après. Aggravation progressive depuis trois ans. Actuellement 2 à 3 selles vraies et 10 à 12 de sang pur.	. . . . .	Pâte de Ravaut. Sulfamides. Pansements intestinaux.
A maigri de 12 kgs en trois ans. Règles très douloureuses régulières devenues insuffisantes depuis le début de la maladie.	26-2-42 : Nouvelle poussée hémorragique. Règles insignifiantes. Aspect typique à la rectoscopie.	Même traitement. plus Œstrobol, Belladone.
	30-3-43 : Amélioration, règles devenues plus abondantes, mais rechute au mois de janvier. Avait alors de gros ennuis conjugaux.	
Signes hépato-biliaires ; sensibilité de la fosse iliaque gauche. Rectoscopie : nombreux caillots ; muco - membranes sanguinolentes, petites exulcérations ; sigmoïde normal.	Rectoscopie : aspect typique.	Même traitement, plus vitamine K.

OBSERVATION n° 11 (IX *de Guzy*)

Résumé clinique	Evolution	Traitement
M^me^ D..., 27 ans. 20-7-39.		
Depuis un an (après la naissance d'un enfant), sang coiffant les selles. Constipée chronique.	.....	Laxatifs et désinfectants intestinaux.
Règles régulières, très peu abondantes. Migraine, urticaire, très nerveuse, instable ; a maigri de 6 kgs en un an.	27-2-42 : Amélioration progressive, puis cesse le traitement.	
Examen négatif. Rectoscopie : rectite, hémorroïdes.	Première reprise des hémorragies fin 1939. Traitée par son médecin. Va bien jusqu'il y a trois mois. A cette date son bébé est écrasé par une automobile sous ses yeux ; cinq à six jours après, retour des hémorragies avec douleur dans le côté droit, épreintes. Règles irrégulières, peu abondantes. Anxiété surtout depuis l'accident. Rectoscopie : exulcérations, pus, glaires et sang au-dessus de l'entrée du sigmoïde où l'on ne peut pénétrer car très enflammé et douloureux.	Désinfectants et pansements intestinaux, vitamine A.

OBSERVATION n° 12 (VII *de Guzy*)

Résumé clinique	Evolution	Traitement
Mme D..., 30 ans. 24-1-39. En décembre 1937, début des troubles rectaux ; matières enrobées dans des glaires sanguinolentes, rares épreintes, émission de quelques gouttes de sang pur, saigne davantage du rectum pendant les règles. Passé entéritique dans la jeunesse ; Réglée normalement, crises de tachycardie pendant les règles ; deux grossesses normales. Très anxieuse pour son état, créant une véritable névrose. Gros ennuis familiaux. Appétit très capricieux. Tremblements. Examen : R.A.S. ; pouls, 110. Rectoscopie : hémorroïdes congestives. Ampoule rectale et sigmoïde présentant des zones avec pseudo-membranes et des zones avec muqueuse congestive saignant au contact. Selles : oxyures et trichocéphales.	9-3-39 : Amélioration générale. Rectoscopie : 18 cm., quelques exulcérations minimes dans l'ampoule rectale ; pas dans le sigmoïde. Pas de fausses membranes. 4-11-40 : Crise à la suite de la déclaration de guerre. Toujours nerveuse. 4-4-41 : Aspect grenu de la muqueuse, légère congestion, pas d'ulcération ni de saignement. 15-1-42 : Bon état surtout pendant les règles. Mort subite de son mari ; règles arrêtées, reviennent avec un retard important puis avec Orex plus régulières. A pris rapidement 12 kgs depuis la mort de son mari ; reste anxieuse et insomnique. Resaigne du rectum avant et pendant les règles. Rectoscopie : congestion, glaires, quelques caillots de sang.	24-1-39 : Sédatifs. Dibromothyrosine. Antiseptiques intestinaux. Vitamine A. 9-3-39 : Mixiod, bismuth. 4-11-40 : Dibromothyrosine. Belladone. Pansements intestinaux. Vitamine A. 4-4-41 : Même traitement.

OBSERVATION n° 13

Résumé clinique	Evolution	Traitement
Mme de Gaul..., 37 ans. 19-8-44. Hémorragie intestinale avec troubles digestifs tous les ans en décembre. Poussée actuelle ayant débuté en août à la suite d'un coup de téléphone annonçant la mort de son frère tué à la guerre. Début progressif, nombreuses selles muco-membraneuses, caillots. Règles normales sauf aménorrhées après les deux dernières poussées de recto-colite. Cinq grossesses dont deux fausses couches. Mal. de Basedow opérée entre la quatrième et cinquième grossesses. Constipation chronique. Amaigrissement de 6 kgs. Mauvais appétit. Murphy +. Rectoscopie : aspect typique de R.C.H.	4-11-44 : Amélioration lente, quelques filets de sang, quelques glaires de temps en temps. Rectoscopie : petites ulcérations à 6 cm. A eu ses règles avec quelques jours de retard. 12-5-45 : Bonne période : règles traînant 6 à 7 jours avec malaises épigastriques et précordiaux. 25-2-46 : Nouvelle crise traitée par sulfaguanidine, vitamine A, etc., cédant rapidement. Les règles avancent, tous les 24 jours. Rectoscopie : muqueuse chagrinée et saignant facilement. 4-6-46 : Aucune amélioration. Rectoscopie : Aspect habituel plus fausses membranes diphtéroïdes.	19-8-44 : Syncortyl. Dibromothyrosine. Pâte de Ravaut. Stimulants hépatiques. 4-11-44 : Pansements intestinaux. Acide phosphorique. 12-5-45 : Syncortyl. Belladone. Hyposulfite de soude. 2 petites transfusions. Suppositoires à la vitamine K. Lavement colorant.

OBSERVATION XIV

Mme Sour.... 42 ans. 29-11-47.

Constipée chronique.

Au mois de mai, présence de sang et de glaires dans les selles jusqu'au mois d'octobre où elle présente deux à trois selles diarrhéiques.

7 grossesses dont 2 tubaires ; à la suite de la dernière, hystérectomie en 1931 (à 26 ans). Depuis lors mastodynie sous forme de poussées mensuelles.

Dyspepsie biliaire.

Engraissement brutal de 14 kgs en dix mois.

Murphy +.

Selles : entamœba hartmanni.

Rectoscopie : muqueuse rosée, quelques effusions hémorragiques. Pas d'ulcération apparente.

Traitement : Orex, pansements intestinaux, vitamine A.

COMMENTAIRES

En 1945, le Professeur agrégé J. Dubarry notait déjà sur dix-huit observations féminines de recto-colite hémorragique, 14 fois l'existence de troubles menstruels (dont 3 hystérectomies) ; reprenant certaines de ces observations les plus typiques (observations 2, 3, 8, 9, 10, 11) nous ajoutons huit observations nouvelles. Notre statistique porte donc sur 26 cas de recto-colite hémorragique.

Sur cette totalité, nous retrouvons :

22 cas de dysovaries,

7 cas de chocs émotifs déclenchant des poussées évolutives,

Les troubles ovariens revêtent des formes et des degrés divers :

I. — 3 hyperfolliculiniques (obs. 1, 5, 7).

Amélioration par la lutéine ou l'acétate de testostérone. Dans l'observation 1, la cessation à deux reprises du traitement est suivie chaque fois d'une rechute.

II. — 3 hypofolliculiniques (obs. 4, 6 et XI de la Thèse de Guzy) chez lesquelles la grossesse joue un rôle bienfaisant. Dans l'observation 4 : guérison apparente pendant la grossesse et dans les deux ans qui suivent ; dans l'observation XI de Guzy, une première grossesse donne une amélioration, une deuxième une guérison.

Ces observations sont à rapprocher de l'observation princeps de Korbsh qui cite le cas de la guérison inespérée d'une poussée grave de recto-colite hémorragique par un traitement folliculinique suggéré par l'effet heureux de deux grossesses antérieures.

III. — 2 recto-colites apparaissant au lendemain même de l'accouchement et non atténuées par le retour des règles (obs. XI et XXXI de Guzy).

IV. — Nos observations 8, 10 et 13 montrent un balancement entre le flux menstruel et les hémorragies rectales : une hypoménorrhée ou une aménorrhée accompagne et souvent même précède la poussée entérorragique.

C'est le cas le plus fréquent que nous retrouvons dans cinq observations de Guzy : soit au total dans huit observations.

V. — 4 malades hystérectomisées entre l'âge de 26 et de 34 ans, soit très tôt dans la vie génitale (obs. 2, 3, 14, et obs. 4 de Guzy). Pour l'une d'elles, la première crise a débuté cinq jours après l'intervention (obs. 3).

VI. — Dans 2 observations (9 et 12), coïncidant avec une émotion, nous constatons la disparition des règles, un engraissement rapide et une poussée de recto-colite hémorragique.

Moins fréquents, les incidents émotionnels attirent notre attention par des manifestations plus éclatantes :

Obs. 8. — L'arrestation du père de notre malade correspond au début d'une poussée, sa libération à la guérison.

Obs. 9. — La recto-colite débute après la mise en pension de notre petite malade : elle s'y ennuie beaucoup : une rechute survient après un échec au baccalauréat.

Obs. 10. — Nouvelle crise au moment où la malade a eu de gros ennuis conjugaux.

Obs. 11. — Une poussée apparaît après la mort accidentelle de son bébé écrasé sous ses yeux par une automobile.

Obs. 12. — Une crise à la déclaration de guerre. Une deuxième crise à la mort de son mari avec aménorrhée et hydrolipopexie.

Obs. 13. — Poussée habituellement hivernale ; l'une d'elle survient en août 1944 à la suite d'un coup de téléphone annonçant la mort de son frère tué à la guerre.

Le Professeur agrégé J. Dubarry relate l'histoire d'une malade qui fit une rechute brutale au moment où les Allemands cernaient la ferme voisine et emmenaient ses occupants : elle s'attendait à un sort analogue pour elle et les siens.

Il nous paraît opportun de rapprocher de ces émotions-chocs le cas de la malade de l'observation n° 5, cyclothymique dont les troubles mentaux évoluent parallèlement à la recto-colite.

Les troubles menstruels et les émotions fortes sont les éléments dominants de nos observations. Mais nous devons souligner quelques traits habituels du terrain sur lequel évoluent les recto-colites : troubles hépato-biliaires, constipation chronique, poussée d'urticaire et d'eczéma, migraines, etc.

Signalons aussi les troubles végétatifs plus ou moins discrets : insomnie, anxiété, troubles du caractère, amaigrissement ou embonpoint brutal (obs. 9, 12 et 14), perte de l'appétit, frilosité, etc., et la possibilité de troubles endocriniens mineurs : dysthyroïdie fruste (obs. 6 et 13), insuffisance surrénale légère.

Après cette étude objective, qui nous révèle des associations trop fréquentes pour être fortuites, nous allons demander à un raisonnement plus théorique de nous expliquer de tels rapports et de nous faire concevoir « le terrain » de la recto-colite hémorragique.

CHAPITRE III

TROUBLES MENSTRUELS ET RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

Nous étudierons en premier lieu les troubles hormonaux dont l'association à la recto-colite hémorragique a fait l'objet de nombreuses publications antérieures à la nôtre.

Il est certain que la présence de ces troubles n'est pas accidentelle, mais qu'il existe un lien pathogénique les unissant au syndrome rectal. C'est sur ce dernier point que les opinions divergent et que la lumière ne paraît pas totalement faite.

Une notion cependant semble acquise à la suite des travaux histologiques de Rachet, Delarue et Busson : l'intervention du système neuro-végétatif dans la création de la lésion.

Le substratum anatomique, nous l'avons déjà vu, est fait de deux éléments :

1° Congestion avec œdème et érythrodiapédèse dans le chorion ;

2° Hyper-sécrétion glandulaire.

Ce couple de lésions initiales ne peut être rattaché qu'à l'intervention d'éléments nerveux qui tiennent à la fois

sous leur dépendance la tonicité des capillaires et l'excrétion glandulaire : c'est-à-dire le système vago-sympathique.

Rachet, Delarue et Busson écrivent : « Tout se passe comme si les premiers troubles qu'il soit possible d'objectiver, représentent une réponse à une incitation d'éléments vaso-moteurs et sécrétoires (que ce soit directement ou par l'intermédiaire d'éléments humoraux).

Nous savons par ailleurs que cette action initiale peut être suivie de toute une suite de « phénomènes en cascade » pouvant aller jusqu'à la nécrose génératrice de l'ulcération. Ceci nous oblige à considérer comme nécessaire l'intervention du système sympathique dans la production des manifestations cliniques de la recto-colite hémorragique ».

Ces auteurs comparent ensuite le phénomène local à un véritable phénomène d'Arthus intestinal, et avec eux, la recto-colite hémorragique entre dans le groupe des maladies par sensibilisation. Chiray, Maschas et Mollard, J. Dubarry, J. Vague, P. Chene partagent cette opinion. Nous pouvons raisonner à partir de cette donnée qui semble bien établie.

Mais les divergences apparaissent sur le rôle à faire jouer aux troubles endocriniens. Chiray, Mollard et Maschas les considèrent comme primitifs et entraînant secondairement le déséquilibre neuro-végétatif et la recto-colite hémorragique.

Rachet, au contraire, d'une part minimise leur importance et d'autre part considère que lorsqu'ils sont présents, le déséquilibre neuro-végétatif préexiste et est la commune cause de la recto-colite et des troubles menstruels.

Mollard et Maschas d'abord, puis Chiray, Mollard et Maschas dans un travail important sur les troubles digestifs et la pathologie neuro-hormonale, présentent l'argumentation suivante :

« Le système neuro-végétatif n'est qu'un canal ; il n'est pas une source ; il ne s'ébranle et secondairement ne s'altère que si des circonstances extérieures à lui viennent le mettre en mouvement ».

En effet, même quand elles sont dosées minutieusement les médications purement sympathiques aboutissent très fréquemment à des échecs, alors même qu'elles s'adressent à des dérèglements neuro-végétatifs indubitables. Lorsqu'il y a des résultats, ils sont le plus souvent provisoires, et pour avoir un résultat durable, il faut s'adresser aux causes mêmes de ce dérèglement : intoxications, anaphylaxie, troubles menstruels, avitaminoses, etc.

Or, il ne peut être mis en doute que le système nerveux végétatif subit l'influence du cycle génital de la femme. L'arrivée des règles correspond à une brusque perturbation générale de l'organisme : modifications du taux du calcium et du cholestérol, hyperleucocytose avec éosinophinie ; et, au point de vue végétatif, à la vagotonie prémenstruelle, succède quelques heures avant les règles, la sympathicotonie. Ces modifications nerveuses sont parallèles aux variations du tonus digestif : hyperkinésie prémenstruelle et paresse menstruelle (Loeper) ; de plus, les accidents anaphylactiques cataméniaux sont très connus (asthme et eczéma périodiques traités par l'auto-désensibilisation au moyen de sérum prélevé au moment des menstrues).

Il est donc permis de penser que les troubles glandulaires exercent leur influence par l'intermédiaire du système sympathique qui ne joue que le rôle d'agent exécutif.

La fréquence des troubles menstruels et l'efficacité du traitement hormonal (Korbsh, Sarles, Chiray, Mollard et Maschas) transforment pour ces auteurs cette présomption en conviction.

Rachet fait une critique serrée de ces assertions :

I. — Les biopsies cyto-hormonales faites à des malades atteintes de recto-colite hémorragique ne montrent pas l'association des troubles hormonaux aussi fréquente.

II. — Les phénomènes congestifs au moment des règles sont si banaux qu'on ne peut en déduire que le trouble glandulaire soit à l'origine de la recto-colite hémorragique.

III. — Le trouble endocrinien s'il existe peut être aussi une conséquence du trouble sympathique qui, d'autre part, provoque la recto-colite.

IV. — Quant à l'argument thérapeutique, il doit être accueilli avec réserve et demande le recul du temps.

A quoi Chiray, Mollard et Maschas répondent :

I. — Les troubles menstruels pour être parfois peu manifestes, n'en existent pas moins (1).

II. — L'asthme endocrinien, les épistaxis supplémentaires des règles n'exigent pas pour se produire des troubles menstruels considérables.

III. — La correction du trouble endocrinien entraîne la cessation de la poussée de recto-colite et, fait très important, l'administration d'hormone antagoniste la fait réapparaître. Ce qui montre directement le rôle pathogène de cette dernière hormone.

---

(1) Ferrier et Carbonier nous citent le cas particulier d'hyper-folliculiniques se présentant sous les apparences d'hypo-folliculiniques.

IV. — Les guérisons obtenues ont survécu avec le temps et d'autres guérisons ont été publiées depuis lors (peut-être toutes un peu hâtives dans leurs conclusions).

Cependant Rachet reste sceptique et publie des observations d'insuccès avec cette thérapeutique dûment appliquée.

Il faut reconnaître à Chiray, Mollard et Maschas le mérite d'avoir mis l'accent sur l'élément hormonal du syndrome. Mais il nous est difficile d'assimiler avec ces auteurs le système neuro-végétatif à un simple canal passif. Nous pensons avec Roussy et Mosinger que nous devons considérer le système neuro-endocrinien comme une unité physiologique, dont les deux éléments réagissent intensément l'un sur l'autre.

Rachet range dans le cadre de la « diathèse » recto-colite, eczéma et autres maladies allergiques. Une thérapeutique désensibilisante parfois efficace en est l'heureuse conséquence (Chapuy, Savy, Chapuy et Girard, Rachet, Hillemand) mais l'étiquette combien imprécise de terrain diathésique — nous avons tous dans l'esprit de dogme de sa cryptogénie — ne fait que généraliser le problème et reculer sa solution. Allant plus loin, Capron à la suite de Jacquelin envisage de classer, à côté de nombreuses manifestations de la diathèse, la recto-colite hémorragique dans la tuberculose atypique. Ceci résoudrait hardiment le problème étiologique... Mais cette dernière conception ne permet pas davantage de comprendre le mécanisme de l'affection que nous recherchons.

Peut-être l'étude de l'émotion et de son intervention dans la recto-colite hémorragique, va-t-elle nous apporter de nouveaux éléments nous permettant de mieux analyser l'enchaînement des faits.

Tenant compte de toutes les données, nous pourrons arriver à une notion plus synthétique de la maladie. C'est donc cette étude qui va retenir maintenant notre attention.

CHAPITRE IV

CHOC EMOTIF ET RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

L'apparition d'une hémorragie rectale est une manifestation inattendue de l'émotion, même lorsque celle-ci est intense. Etudions les phénomènes périphériques habituels de l'émotion et leur déterminisme, pour interpréter l'apparition inopinée de tels incidents.

Ils sont connus depuis toujours: pâlir de peur, rougir de colère, avoir froid dans le dos, etc... Ces sensations physiques ne sont-elles pas à l'origine d'une théorie périphérique des émotions due à William James et à Lange et reprise par Pierre Janet ? Et Brissaud ne définissait-il pas l'angoisse comme la manifestation physique, projection ou correspondance, de l'anxiété, phénomène mental ?

Mais l'étude physiologique a surtout été entreprise par Cannon et son école et s'échelonne de 1910 à nos jours.

L'ensemble des réactions de l'animal aux émotions fortes peut être divisé en deux groupes :

1° Actions vaso-motrices et viscéro-motrices ;

2° Actions excito-sécrétoires ou métaboliques.

Dans le premier groupe, nous trouvons des phénomènes de vaso-dilatation et plus souvent de vaso-constriction (et leurs conséquences sur la pression sanguine et le rythme cardiaque), la spléno-contraction, la paralysie intestinale.

Dans le second groupe, nous notons des réactions de sudation, d'hyper-sécrétion intestinale, de polyurie, d'hyperglycogénolyse hépatique et surtout d'adrénalinémie. A cette adrénalinémie Cannon et ses collaborateurs ont fait jouer au début un rôle fondamental ; mais par la suite, ils ont vu que le mécanisme est plus général.

De toutes façons, pour Cannon, les réactions émotives échappant au contrôle de la volonté, se produiraient par un véritable mécanisme automatique avec mise en jeu d'un arc réflexe.

Les voies afférentes nous sont connues : toutes les voies sensitivo-sensorielles transmettent des incitations capables d'engendrer une émotion violente.

Restent à déterminer le centre réflexe et les voies afférentes. Les expériences de Cannon montrent que le cortex n'est pas nécessaire à la production de ces manifestations : en effet, le chat décérébré fait une fausse colère dont les phénomènes périphériques sont superposables à ceux de la colère normale. Les auteurs américains ont pu délimiter ces centres : thalamus et région hypo-thalamique. L'émotion provoque une véritable libération des centres sous-corticaux et « une prise de possession de l'organisme par les neurones thalamiques ; ces neurones thalamiques agissent sur les organes innervés par le sympathique » (Cannon).

Dans le thalamus existent certainement des centres végétatifs (composante végétative du syndrome thalamique de Dejerine et Roussy) ; mais les neuro-physiologistes modernes localisent les centres sympathiques principalement au diencéphale (Lhermite, Delmas-Marsalet, Delay). Ces

centres paraissent aussi régir l'activité corticale (actions thymique et noétique de Delay).

Quel serait alors le rôle du cortex ? Conformément à la loi de subordination d'H. Jackson, il jouerait un rôle frénateur sur l'activité des centres végétatifs mis en jeu par les excitations, et serait ainsi, susceptible de modifier la réaction périphérique en l'inhibant. En fait, Delmas-Marsalet parle de centres végétatifs corticaux « associés » qu'il oppose aux centres régulateurs fondamentaux diencéphaliques.

Nous pouvons donc parler d'interactions réciproques des centres végétatifs et des centres corticaux conscients.

La mise en jeu émotionnelle ou autre du système sympathique peut-elle déclencher des hémorragies digestives ? De nombreuses expériences le démontrent.

Reilly, déposant une goutte d'endotoxine typhique au contact du ganglion splanchnique, a reproduit des ulcérations avec hémorragie, analogues à celles de la fièvre typhoïde. Le même résultat a été obtenu avec des excitations les plus diverses ; de plus, des lésions identiques ont été créées par excitation du sympathique à distance (ganglions cervicaux), et Reilly conclut : « Il apparaît que l'irritation du système neuro-végétatif, quel que soit l'agent et quel que soit son siège, est le mécanisme pathogénique nécessaire et suffisant des hémorragies digestives. Car le système sympathique ne se contente pas, à l'état normal, de régler le régime circulatoire, mais il assure aussi l'équilibre des parois vasculaires ». La mise en jeu de ce déchaînement neuro-végétatif peut être plus haut située dans le système nerveux : Clovis Vincent a vu des tumeurs du quatrième ventricule compliquées d'hémorragies digestives ; Guy Tardieu provoque le tableau complet de la dothiénentérie, y compris les entérorragies en injectant la toxine typhique au niveau du troisième ventricule ; Roussy et Mosinger citent de nombreux exem-

ples de lésions nerveuses élevées engendrant des réactions végétatives et des ulcérations digestives, surtout gastriques (lésions hypothalamiques, thalamiques, et même corticales, ces dernières agissant vraisemblablement par libération des neurones sous-corticaux).

Delay enfin, dans sa leçon inaugurale, relate une observation clinique qui montre la production d'hémorragies digestives par des troubles émotionnels : « J'ai vu, au New-York Hospital, dans le laboratoire d'Harold Wolf, un homme porteur d'une fistule gastrique et sujet à des crises d'angoisse paroxystique... Quand le malade était dans un paroxysme anxieux, il y avait augmentation de la motilité, de la sécrétion et de l'acidité gastrique, de petites hémorragies de la muqueuse apparaissaient, puis une érosion de la muqueuse et un ulcère. Toutes ces manifestations disparaissaient dans les périodes de repos émotionnel et reparaissaient avec l'angoisse. »

L'ensemble de ces phénomènes constitue la base expérimentale de la médecine psycho-somatique américaine. Celle-ci, comme le fait remarquer P. Mauriac, ne fait que classer à l'état de système un groupe de faits bien connus des praticiens. Elle a le mérite de nous montrer le mécanisme par lequel peuvent se produire « l'influence du moral sur le physique » (Titre d'un chapitre de Cabanis écrit en 1805).

Nous croyons donc pouvoir expliquer le rôle des émotions et d'une manière plus générale, des facteurs psychiques, sur le déclenchement et l'évolution des recto-colites hémorragiques ; c'est en perturbant le système neuro-végétatif au niveau de ses centres diencéphaliques qu'elles provoquent l'orage vaso-moteur nécessaire à la production de l'hémorragie.

Notre attention est attirée sur la région infundibulo-tubérienne dont la séméiologie faite de troubles du carac-

tère, du sommeil, de la régulation calorique et métabolique, de la soif et de la faim se retrouve dans nos observations (2, 3, 4, 5, 6, 9, 12).

En particulier, les observations 12 et 14 où nous retrouvons une obésité paradoxale voisine, bien que moins spectaculaire de celles signalées récemment par Gilbert Dreyfus.

Ces signes ont pu être notés alors même que l'observateur ne cherchait pas systématiquement à explorer cette région, preuve qu'un examen clinique complet nécessite toujours un interrogatoire serré.

CHAPITRE V

CONCEPTION SYNTHETIQUE DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

Nous avons rappelé certaines notions sur le mécanisme de l'émotion et les avons appliquées à la recto-colite hémorragique. Ne pouvons-nous pas avec le fait nouveau qu'elles nous apportent, l'intervention du diencéphale, comprendre le rôle des troubles menstruels ? Nous nous inspirerons maintenant principalement des travaux de Roussy et Mosinger.

Nous savons que l'hypophyse est anatomiquement et physiologiquement liée au diencéphale ; les actions se produisent dans les deux sens et la physiologie de ces deux organes est indissociable. D'autre part, l'hypophyse par son lobe antérieur sécrète les gonado-stimulines régissant le cycle menstruel ; les gonades en revanche agissent sur l'hypophyse : la castration provoque des modifications cytologiques de la glande pituitaire (cellules de castration) ; l'hyperfolliculinémie inhibe la formation des gonadostimulines entraînant parfois un syndrome d'hypofolliculinisme secondaire (M. Ferrier et M. Carbonier) ; il existe donc une pathologie « corrélative » de l'hypophyse d'origine génitale.

Ainsi nous pouvons concevoir avec Chiray, Mollard et Maschas l'action primitive des troubles menstruels dans la recto-colite.

Mais nous connaissons la pathologie neurogène des gonades : syndrome adiposo-génital par lésion diencéphalique, etc... Les physiologistes ont décrit des réflexes neurohormonaux : réflexe opto-pituito-mélanophorique de Koller et Rodewald, réflexe opto-pituito-gonadal de Benoit, cités par Hermann (la sollicitation extérieure est transmise par les voies optiques aux centres diencéphaliques qui excitent les cellules du lobe antérieur par les voies diencéphalo-hypophysaires ; la dernière partie de l'arc réflexe est humorale, l'hypophyse agissant sur les gonades par hémocrinie) ; enfin, il est possible que le système nerveux agisse directement sur la sécrétion des glandes génitales par les fibres sympathiques qui les innervent (L. Berger), mais le fait n'est pas démontré rigoureusement.

Ces arguments nous permettent d'expliquer avec Rachet le dérèglement menstruel par le déséquilibre végétatif.

Nous mesurons la complexité du problème au nombre de propositions logiques qui s'offrent à nous ; mais nous ne pouvons opter pour l'une d'elles et proposer une génèse du terrain univoque : dans chaque cas particulier, nous chercherons à nous orienter par l'étude clinique de *l'individu*.

Quel que soit le primum movens de ce trouble neurohormonal, la manifestation rectale est conditionnée par l'existence à ce niveau d'une épine irritative ; cette « pointe attirant l'éclair » (Gutmann) est variable : colite chronique, parasitose, lésions cicatricielles, etc... Selon J. Vague, ce trouble intestinal chronique, par son influence sur le déséquilibre général de l'organisme, pourrait contribuer aussi à la création du terrain favorable aux accidents hémorragiques.

Enfin, si l'émotion trouble le système neuro-endocrinien, le diencéphale, nous l'avons vu, agit aussi sur le psychisme, et le déséquilibre végétatif favorise l'hyperémotivité.

Nous nous débattons au milieu d'un cercle vicieux dont chacun des éléments actifs réagit sur les autres. Cabanis avait déjà en 1805, la notion de cet enchevêtrement des fonctions vitales : « Si l'on considère successivement toutes les fonctions importantes on verra que chacune est liée à toutes les autres, par des relations plus ou moins directes ; qu'elles doivent s'exciter et s'appuyer mutuellement ; que par conséquent, elles forment un cercle dans lequel roule la vie, entretenue par cette réciprocité d'influences ».

La recto-colite hémorragique est donc peut-être la manifestation d'un désordre général dont l'élément prépondérant et primitif varie avec le cas clinique. Les interactions corrélatives (au sens de Roussy et Mosinger) peuvent dissimuler le point de départ.

Ces considérations seraient vaines si elles ne suggéraient pas une conduite à tenir et une attitude thérapeutique à adopter.

En présence d'un malade atteint de recto-colite hémorragique, le médecin, après avoir fait son diagnostic, doit s'appliquer à étudier minutieusement le terrain. Nous n'allons pas jusqu'à faire doubler la consultation du gastro-entérologue par celle d'un psychiâtre, comme le fit Jean Gosset, bien que celle-ci puisse apporter des éléments intéressants. Quand le praticien a fait un bilan des troubles et hiérarchisé les données de l'examen, il aura acquis une connaissance synthétique de son malade et pourra faire œuvre de thérapeute. Ce n'est pas, autant que possible, à l'aveuglette, que « la thérapeutique doit cerner de tous côtés les causes des troubles digestifs » (J. Vague).

Aussi ne sommes-nous pas étonnés de trouver à notre disposition un arsenal thérapeutique extrêmement riche. Ces remèdes ont sans doute leur raison d'être, et des succès relatifs, parfois brillants mais malheureusement inconstants, ont montré leur utilité. Le médecin devra orienter son choix suivant le malade.

Les médicaments peuvent être classés, selon J. Dubarry, selon Rachet et Busson, selon Hillemand, en plusieurs catégories :

Traitements généraux :

Régimes antidysentériques, laxatifs doux ;

Médicaments anti-anémiques ;

Sédatifs : Belladone, chaleur locale, etc.

Traitements anti-infectieux :

Généraux : autovaccins, pénicilline, sulfamides, abcès de fixation ;

Locaux : Sulfamides, lavages, pansements intestinaux.

Traitement épithélisant :

Vitamine A.

Traitements anti-hémorragiques :

Chlorure de calcium, vitamines K et C ;

Transfusions, médullo-transfusion.

Traitements pathogéniques :

Vitaminique : Vitamine PP.

Trait. Glandulaires : Opothérapie génitale,
Hormonothérapie génitale,
Opothérapie hypophysaire.

Trait. vago-sympathiques : Novocaïne intra-veineuse,
Infiltration anesthésique et chirurgie du sympathique lombaire,
Antihistaminiques,
Désensibilisants,
Auto-hémothérapie.

Traitement de choc.

A ces médications pathogéniques, nous croyons pouvoir ajouter :

— Les sédatifs nervins,

— La thérapeutique psychiâtrique.

Nous n'avons pas l'intention de négliger ces divers traitements utiles. Nous voulons insister sur deux points qui nous paraissent importants : les thérapeutiques endocrinienne et psychiâtrique.

La première, sous la forme d'un traitement par les hormones génitales, a donné entre les mains de divers auteurs des succès certains. Lorsque l'examen clinique indique son opportunité, nous l'employons utilement, mais l'observation de Chiray, Mollard et Maschas nous montre que c'est une arme à double tranchant et que son emploi ne doit pas être l'effet du hasard.

Le rôle de la région infundibulo-pituitaire fait envisager, soit l'opothérapie hypophysaire, soit la radiothérapie de cette région qu'il serait intéressant d'essayer dans le traitement de la recto-colite hémorragique.

Sans doute même n'est-il pas inutile de faire appel pour certains cas à la psychothérapie qui semble aller de pair avec la médecine psycho-somatique ; en tout cas, sur le plan théorique, elle paraît très indiquée dans la recto-colite hémorragique. Sans être psychiâtre et user de la psychanalyse ou de la narco-analyse, nous proposons d'avoir recours aux sédatifs nervins, à la psychothérapie normale et aux changements de milieu. Thérapeutique plus audacieuse, ne pourrions-nous pas envisager de soigner de tels malades par l'électro-choc ou plutôt l'électro-absence ? Car l'électro-choc permet de « dissoudre et de reconstruire » le psychisme en rétablissant les liaisons normales entre ses « moellons « (Delmas-Marsalet), et permettrait peut-être de modifier les troubles fonctionnels du terrain de la recto-colite hémorragique ? Cannon nous a montré le processus dynamique de la fixation des émotions et insiste sur la nécessité d'intervenir avant que ne soient établis des « Frayages définitifs », et la sismo-thérapie est peut-être un moyen d'y parvenir.

Cette orientation nouvelle de la thérapeutique n'est sans doute pas absolument chimérique ! A la lumière de l'importance des troubles neuro-endocriniens dans le terrain de la recto-colite hémorragique et de la brutalité de l'orage vaso-moteur produit par les émotions fortes, il est permis de penser que des thérapeutiques dirigées sur le couple diencéphalo-hypophysaire donneront une chance de plus au médecin si souvent désarmé.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les vingt-six observations féminines de recto-colites hémorragiques qui nous ont été confiées par M. le Professeur agrégé J. Dubarry, nous relevons dix-huit cas remarquables par l'existence de troubles ovariens, et quatre cas d'hystérectomies faites en pleine période d'activité génitale.

Dans sept cas, nous avons noté le développement de poussées évolutives après des chocs émotifs.

Nous rapportons quatorze de ces observations inédites ou particulièrement frappantes.

La proportion des dysovaries et des émotions nous paraît trop élevée pour qu'il s'agisse d'une simple coïncidence : il doit y avoir un lien pathogénique entre ces deux facteurs et les poussées évolutives de la recto-colite hémorragique.

II. — Le mécanisme pathogénique est complexe et difficile à analyser. Peut-être l'explication la plus valable tient-elle dans les interactions génito-hypophyso-diencéphaliques :

— d'une part, le déséquilibre hormonal peut retentir sur le diencéphale comme les perturbations neuro-végétatives peuvent réagir sur l'équilibre endocrinien ;

l'émotion, d'autre part, exercerait son action sur le diencéphale et provoquerait un « orage vaso-moteur » sur l'intestin sensibilisé par une lésion antérieure.

III. — L'étude de ces deux facteurs, et la conception pathogénique que nous avons ébauchée, n'ont pas un intérêt uniquement spéculatif. La correction du trouble endocrinien, la prévention des émotions semblent constituer une prophylaxie efficace des poussées hémorragiques.

C'est une orientation à donner, autant que possible à la thérapeutique, jusqu'ici très décevante, de cette affection.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ

Le Président,
R. DUPÉRIÉ.

Bordeaux, le 7 Juillet 1948
VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur
A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

Béclère (Cl.) et Simonnet. — Syndrome gynécologique du système végétatif. *Encyclopédie méd. chir.*

Bensaude (P.). — Maladies de l'intestin. Tome IV. Article en collaboration avec Rachet (J.), sur la recto-colite hémorragique.

Bergouignan et Demange. — Compte rendu de la Soc. Biol., Bordeaux, juillet 1945.

Brissaud. — De l'anxiété paroxystique. *Sem. Méd.* 1890, pp. 410-411.

Cabanis. — Rapports du physique et du moral de l'homme ; Paris, 1805.

Cannon. — L'Encéphale. 1930, pp. 308-311.

Capron (P.). — *Journal de Méd. de Lille*, pp. 75-84.

Chapuy. — R.C.H. évoluant depuis 7 ans guérie par un traitement desensibilisant. *Lyon Méd.*, 31 mars 1935.

Chene (P.). — La R.C.H. *Arch. Mal. App. dig.*, février 1942 et 1943.

Chiray et Baumann. — Colite et anaphylaxie. *Paris Méd.* 1er avril 1943, pp. 299-302.

Chiray (M.), Mollard (H.), et Maschas (H.). — Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale ; Paris, *Maloine*, 1944.

Creyx (M.), Massière et Moretti. — Colite gauche hémorragique ; guérison actuelle par la vitamine A. *Journal Méd. Bordeaux*, n° 9-10, 1939.

Delay (J.). — Leçon inaugurale. *Sem. Hôp. Paris* 23, pp. 2275-2282, 1947.

Delay (J.), Soulairac, Rivière et Cortel. — Electro-choc et régulation neuro-endocrinienne. *Soc. Endocrinol.*, 23 mars 1944.

Delmas-Marsalet (P.). — Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiâtrie. *Baillère*, Paris, 1946.

Derot (M.) et Maschas (H.). — Hématémèses supplémentaires des règles chez une hyperfolliculinique. *Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris*, 9 mai 1941.

Dubarry (J.). — Traitement des R.C.H. *Soc. Méd. Hôp. Bordeaux*, 17 décembre 1943. *Journ. Méd. Bordeaux*, pp. 181-188, 1944.

— L'influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines R.C.H. *Journ. Méd. Bordeaux*, pp. 557-558.

Ferrier (M.) et Carbonnier (M.). — L'hyperfolliculinie, syndrome de dysharmonie hypophyso-ovarienne.

Gilbert-Dreyfus. — L'obésité paradoxale, syndrome psycho-somatique. *Presse Méd.*, pp. 249-250. 1948.

Gosset (J.) et Marty (P.). — Problèmes psycho-somatiques en gastro-entérologie. *Sem. Hôp. Paris*, pp. 249-250. 1948.

Guzy (P.). — Réflexions sur les recto-colites hémorragiques de cause inconnue. *Thèse*, Bordeaux, 1943.

Hillemand (P.). — In Traité de Médecine, tome vii, article recto-colite hémorragique ; *Masson*, Paris, 1948.

Hermann (H.) et Policard (A.). — Les glandes endocrines, II, l'hypophyse, Lyon, 1944.

James (W.). — La théorie de l'émotion, 1885. Trad. franç. *Alcan*, Paris, 1903.

Jeanneney. — Séméiologie ovarienne. *Journ. Méd. Bordeaux*, février 1943.

Janet (P.). — De l'angoisse à l'extase. *Alcan*, Paris, 1926-28.

Korbsh. — Guérison d'un cas grave de recto-colite hémorragique par la folliculine. *J.A.M.A.* 108, pp. 248, 1937.

Maschas (H.) et Mollard (H.). — La place des R.C.H. en pathologie générale. *Presse Méd.* pp. 1047-1049, 1940.

Mauriac (P.). — Médecine expérimentale et médecine psychosomatique. *Prog. Méd.*, pp. 19-20, 1947.

Perboyre (J.). — Troubles digestifs et hyperfolliculinie. *Thèse*, Bordeaux, 1947.

Rachet (J.). — Les R.C.H. et purulentes de cause inconnue. *Encyclopédie Méd. Chir.*

Rachet (J.) et Arnous. — Conceptions pathogéniques des R. C.H. et purulentes. *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 28, pp. 519-527, 1938.

Rachet (J.) et Busson. — Le traitement des R.C.H. de cause inconnue. *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 30, pp. 94-117, 1946.

Rachet (J.) et Busson. — Comment concevoir la R.C.H. de cause inconnue. *Arch. des Mal. de l'App. Dig.* 31, pp. 92-102, 1942.

Rachet (J.), Delarue et Busson. — Le substratum anatomique de la R.C.H. *Presse Méd.* pp. 663-664, 1942.

Reilly, Rivalier, Laplane, Compagnon, Du Buit. — Sur la pathogénie de la dothiénentérie ; la fièvre typhoïde expérimentale ; le rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité. *Ann. Méd.* 39, pp. 165-168, 1936.

Roussy et Mosinger. — Traité de neuro-endocrinologie. *Masson*, Paris, 1946.

Sarles. — R.C.H. hyperfolliculinique, *Marseille Méd.*, juin 1941.

Savy, Chapuy et Girard. — R.C.H. évoluant depuis quinze ans et ayant cédé à un traitement désensibilisant. *Lyon Méd.* 67, p. 404, 1935.

Tardieu (Guy). — *Presse Méd.*, p. 75-76, 1942.

Vague (J.). — Syndrome sigmoïdo-rectal de la ménopause. Trois cas de guérison par la testostérone. *Marseille Méd.* pp. 242-243, 1943.

— Pathologie digestive et pathologie neuro-endocrinienne. *Gaz. Hôp.* 118, pp. 257-259, 1945.

Weil (J.-Albert). — De l'unité somato-psychique et de la génèse de certaines psychoses. *France Méd.*, octobre 1945.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — Définition 13

CHAPITRE II. — Observations 17

CHAPITRE III. — Troubles menstruels et recto-colite hémorragique 35

CHAPITRE IV. — Choc émotif et recto-colite hémorragique. 41

CHAPITRE V. — Conception synthétique de la recto-colite hémorragique 47

CONCLUSIONS 53

BIBLIOGRAPHIE. 55